

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

### ETUDE MOLECULAIRE des HYPOTHYROIDIES CONGENITALES

Un document de ce type doit accompagner le prélevement pour chacune des analyses demandées (ou joindre le compte rendu d'hospitalisation sur lequel les données suivantes sont mentionnées tel que le CRH initial )

<b>Identification du patient</b> Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____	<b>Identité des parents</b> (nom, prénom, adresse) PERE: _____ MERE: _____
--	--

#### DIAGNOSTIC d'HYPOTHYROIDIE :

1. **Type** : athyréose  ectopie   
lobe unique : Dt  Gche   
glande en place : taille normale  hypoplasie  goitre

2. **Date du diagnostic** : \_\_\_\_\_

3. **Lieu** : \_\_\_\_\_ **Médecin** : \_\_\_\_\_

4. **Mode** : Dépistage systématique   
Signe(s) clinique(s)  lesquels? \_\_\_\_\_

5. **Biologie initiale** : (préciser si autres unités)

TSH : \_\_\_\_\_  $\mu$ U/ml T3 libre : \_\_\_\_\_ pmol/l T4 libre: \_\_\_\_\_ pmol/l  
T3 totale : \_\_\_\_\_ T4totale: \_\_\_\_\_

6. **Echographie** : date : \_\_\_\_\_  
résultat (taille des lobes thyroïdiens) : \_\_\_\_\_

8. **Scintigraphie** : date : \_\_\_\_\_  
mode : Technétium :  Iode 123 :   
résultat: \_\_\_\_\_  
test au perchlorate fait ?

#### SUIVI de l'HYPOTHYROIDIE:

◆ Lieu: \_\_\_\_\_ médecin: \_\_\_\_\_  
◆ modification du diagnostic étiologique initial? non  oui   
si oui , sur quels arguments? \_\_\_\_\_

◆ Difficultés particulières de suivi : non  oui   
◆ Dose de L Thyroxine à la dernière consultation (date) : \_\_\_\_\_ ug/kg/j

#### MALADIES ASSOCIEES:

personnelles: non  oui   
si oui lesquelles? \_\_\_\_\_  
familiales non  oui   
si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

**ETUDES GENETIQUES déjà effectuées** non  oui   
si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_